CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1904)

Section de Pathologie externe et Accouchements

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur LAROYENNE

LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

14, rue Bellecordière, 14

1904

TITRES

TITRES HOSPITALIERS.

Externe des Hôpitaux de Lyon (concours de 1894).
Interne des Hôpitaux de Lyon (concours de 1896).

TITRES UNIVERSITAIRES.

Docteur en médecine (Lyon, 1902).
Aide d'anatomie à la Faculté de Lyon (concours de 1900).
Prosecteur à la Faculté de Lyon (concours de 1903).

ANATOMIE CHIRURGICALE

Exploration de l'intestin grêle et différenciation pratique de ses anses.

Communication en collaboration avec M. Bert, faite à la Société des Sciences Médicales, le 3 février 1904.

Les différents segments de l'intestin grêle se ressemblent beaucoup entre eux. On ignore, le plus souvent, quand on rencontre une anse grêle, au cours d'une laparotomie, si cette anse est voisine de l'angle duodéno-jéjunal ou voisine du cœcum. Il est évident qu'il y aurait cependant le plus grand intérêt pratique à être renseigné sur ce point, que l'on veuille pratiquer un anus, une exclusion intestinale, etc. Le problème peut être résolu de la façon suivante :

Les valvules de l'intestin grêle vont en décroissant de volume et de nombre depuis son origine jusqu'à sa terminaison. Au voisinage du cœcum, elles sont nulles ou insignifiantes, en tout cas bien moins développées qu'au voisinage du duodénum. Or, *ces valvules conniventes peuvent être perçues par la palpation externe de l'intestin*. Si on prend entre les doigts de la main gauche une anse intestinale et qu'on la *lisse*, dans le sens de la longueur avec l'index et le pouce de la main droite, on sent très nettement les reliefs formés par ces valvules, on apprécie bien leur plus ou moins forte saillie ; on peut dire, par comparaison, en explorant de la sorte

plusieurs régions intestinales, si les valvules sont bien, moyennement ou point développées, rapprochées ou éloignées et, par conséquent, si on est près, loin ou très loin de l'origine de l'intestin grêle. Nous avons fait ces observations sur un grand nombre de cadavres et au cours de plusieurs interventions intestinales complexes.

Si l'on se trouvait en présence d'un intestin fortement météorisé, la constatation de ce signe serait vraisemblablement difficile ; il serait alors peut-être possible de voir par transparence l'insertion des valvules — *cela est sûrement possible sur l'intestin insufflé du cadavre* — et de juger ainsi de leur fréquence et, par conséquent, de la topographie approximative de l'intestin.

Il faut encore remarquer que le gros intestin manquant de valvules conniventes, la perception de ces valvules permettra d'affirmer qu'on n'a pas affaire à lui et s'ajoutera ainsi aux signes, d'ailleurs nombreux, qui le différencient du grêle

Sur l'anatomie du cul-de-sac de Douglas.

In Thèse de Lyon, 1902.

Résumé rapide des notions classiques sur l'anatomie de cette région et des travaux de Freund sur le Douglas infantile dont les deux étages : l'atrium et le fond se prolongent sans changer de direction. Cette disposition unie à la longueur du cul-de-sac peut persister chez l'adulte et favoriser les hernies périnéales.

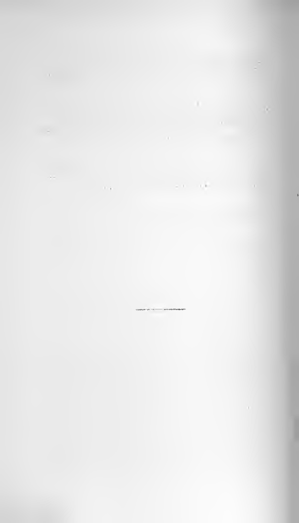
Nous avons, d'autre part, fait quelques moulages en plâtre du Douglas pour vérifier l'opinion de Barnes qui place à gauche son point le plus déclive. Cette disposition est liée à la déviation droite du rectum même et nous avons observé un cas peu fréquent où le rectum se trouvant dévié à gauche, le point le plus déclive du cul-de-sac était à droite.

Les conséquences pratiques de ces dispositions anatomiques sont indiquées au chapitre II de notre thèse.

L'espace prélacrymal.

(Collaboration à la thèse d'Aribaud sur la tumeur prélacrymale, Lyon, 1901.)

Etude anatomique de l'espace cellulaire qui peut exister entre le tendon direct de l'orbiculaire des paupières et la paroi antérieure du sac lacrymal.



GYNÉCOLOGIE ET CHIRURGIE ABDOMINALE

Essai sur la séméiologie du Douglas chez la femme.

Pour bien utiliser la voie opératoire du cul-de-sac vaginal postérieur un diagnostic précis est nécessaire. C'est même là, croyons-nous, une des difficultés qui ont retardé la vulgarisation des opérations vaginales. Nous avons tenté, dans une revue d'ensemble, la séméiologie, au moins partielle, des lésions nombreuses accumulées dans cette région déclive. On sait qui nous a guidé.

Le chapitre I traite des *déplacements* qui peuvent amener dans le Douglas : le rectum, peut-être la vessie, les ovaires, l'intestin et l'épiploon.

Les déplacements de l'utérus nous retiennent plus longtemps. La *rétroflexion* est particulièrement facile à méconnaître. M. Le Dentu a longuement insisté (Société de Chirurgie, 1895) sur la peine que l'on avait parfois à reconnaître le corps utérin, soit qu'il occupe seul le Douglas, soit surtout qu'il s'y trouve en compagnie d'une salpingite. C'est à la perception de la crête utérine postérieure, à une certaine béance du col utérin, aux essais de réduction, instructifs même lorsqu'ils sont infructueux, qu'on aura recours pour trancher ces difficultés.

L'examen du cul-de-sac postérieur doit encore rendre compte des variétés d'obstacles à la réduction ou au

maintien de l'utérus dévié. Nous examinons les différentes sortes d'enclavements en dehors de l'état puerpéral, le rôle complexe des ligaments utéro-sacrés, les variétés d'adhérences, les fausses réductions. Ainsi, il est des utérus qui tendent toujours à retomber en arrière parce que l'on a, en même temps qu'eux et avec eux, remonté en masse le cul-de-sac de Douglas auquel ils adhèrent. C'est comme une hernie qu'on réduirait avec son sac (Fochier). D'autres matrices, correctement réduites cependant, ne se maintiendront jamais par le moyen d'un anneau, parce qu'un prolapsus des ovaires persiste et rend insupportable le port d'un appareil.

Le *Chapitre II* s'adresse aux *inflammations* qui atteignent le Douglas ou se manifestent à son niveau. Du liquide peut remplir ce cul-de-sac et ne pas être senti au toucher, quand il n'est pas enkysté. Les expériences de M. R. Tripier, les faits cliniques le montrent bien ; nous en citons un exemple un peu particulier : une pelvi-péritonite purulente subaiguë non enkystée passa ainsi inaperçue jusqu'à ce qu'une hystérectomie vaginale ait donné issue à des flots de liquide.

Quelques symptômes de la péritonite tuberculeuse, les collections purulentes d'origine appendiculaire et intestinale, les adherences ayant leur point de départ dans une malformation rectale et étudiées récemment par Freund sont brièvement étudiés; nous insistons plus spécialement sur les annexites et les pelvi-péritonites génitales. Tout d'abord, n'y aurait-il pas lieu de classer ces lésions d'après les signes fournis par le toucher? Les classiques n'ont recours qu'à des divisions anatomopathologiques : salpingite catarrhale , interstitielle, avec rétention, etc. La clinique ne permet souvent pas ces distinctions. Ainsi, une salpingite sans rétention notable peut être englobée par des fausses membranes enkystantes de façon à ressembler à un pyo-salpinx distendu. « C'est là une loi : le péritoine enflammé tend, en le modelant, à donner à un organe malade la forme d'une

boule ou d'un œuf (Th. Landau) ». N'est-il pas incommode qu'un observateur, pour noter les sensations qui traduisent l'état des annexes malades, soit réduit à se servir de mots vagues, tels que : masse, cordon, etc., ou à écrire d'emblée un diagnostic anatomo-pathologique qui dépasse certainement sa connaissance positive. Nous proposons de classer ces lésions des annexes tombées dans le Douglas de la façon suivante :

1° Les annexes ont conservé leur mobilité et leur forme ;

2° Perdu leur forme et conservé leur mobilité (hydrosalpinx par exemple) ;

3° Perdu leur forme et leur mobilité ;

4° Une volumineuse collection a comblé tout le Douglas.

La nature de ces collections est souvent difficile à prévoir. Le cul-de-sac postérieur une fois ouvert, on pourra reconnaître, par la nature du liquide évacué et par l'exploration de la poche, la présence d'abcès multiples ou étagés. Ainsi, il faudra, pour être en mesure de pratiquer des opérations efficaces, rechercher de parti pris certaines dispositions fréquentes et décrites par M. Laroyenne, en 1893 : 1° une loge muco-purulente annexielle est incluse dans une cavité de pelvi-péritonite séro-purulente, 2° le doigt explorateur trouve les annexes comme diminuées de volume et aplaties contre les parois de la coque péritonéale dans laquelle elles sont enkystées.

Les *deux derniers chapitres* de ce travail ont trait l'un aux *hémorrhagies*, aux hémato-salpinx, aux hématocèles en rapport avec le Douglas, l'autre aux *tumeurs* de l'utérus, des annexes et du rectum descendues dans ce cul-de-sac. Des greffes cancéreuses venues des organes abdominaux les plus éloignés, de l'estomac, comme nous en citons un exemple, peuvent aussi tomber au fond de cette région déclive et s'y développer. Ce fait, constaté depuis Virchow aux autopsies, pourrait peut-être servir en clinique et le toucher vaginal renseigner sur certaines généralisations malignes.

Imperforation de l'hymen. — Pyocolpos fermé.

Annales de Gynécologie, avril 1904.

Imperforation de l'hymen chez une jeune fille de 17 ans. Bon état général, un peu de température. L'incision de l'hymen donne issue à un demi-litre de pus renfermé dans le vagin distendu. L'utérus ne participait pas à cette distension. Il s'agissait vraisemblablement de la *suppuration spontanée d'un hématocolpos* survenue avant toute incision. L'examen bactériologique du pus démontra qu'il ne s'agissait pas d'une manifestation tuberculeuse, ni d'une infection venue de l'intestin. Malgré la présence de staphylocoques et de streptocoques, l'évolution clinique de cette affection fut remarquablement bénigne.

Complication rare d'un rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle.

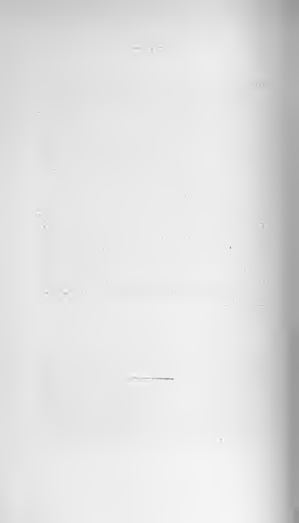
Société des Sciences Médicales, 16 janvier 1901.

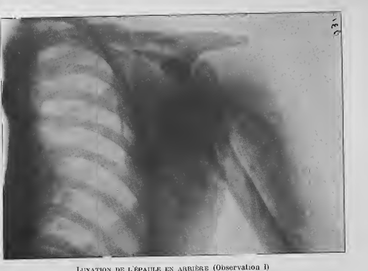
Une double sténose tuberculeuse d'une anse intestinale grêle avait provoqué en amont d'elle une perforation spontanée de l'intestin extrêmement dilaté. La malade présentait une volumineuse collection pelvienne, le tableau clinique d'une affection génitale, quelques troubles digestifs d'ancienne date et un état général assez grave. Elle succomba en dépit de l'opération et sans qu'on ait même pu établir le diagnostic de cette lésion exceptionnelle.

Occlusion du cholédoque comprimé par des ganglions tuberculeux (Lesieur, André et Laroyenne).

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 30 octobre 1902.

Tuberculeux pulmonaire présentant, depuis quelque temps, les signes caractéristiques d'une occlusion du cholédoque ; ictère intense, décoloration des fèces. La vésicule biliaire était volumineuse et perceptible au palper. Les souffrances du malade engagèrent à l'intervention. On sentit des masses volumineuses dans la région du cholédoque, mais on ne put pas préciser leur nature. La cholécystostomie fut pratiquée ; elle ne fit point disparaître l'ictère. Plus tard, le malade ayant succombé à sa tuberculose pulmonaire, l'autopsie montra qu'il s'agissait de ganglions tuberculeux comprimant le conduit biliaire. Cette cause d'occlusion du cholédoque est exceptionnelle et nous ne connaissions pas de fait analogue au moment où cette observation fut présentée.





Luxation de l'épaule en arrière (Observation I)

CHIRURGIE DES MEMBRES

Contribution à l'étude des luxations de l'épaule en arrière

(En collaboration avec M. J. Morel. *Bulletin Médical*, avril 1904.)

Nous étudions le diagnostic, les complications nerveuses et la pathogénie de ces luxations en nous aidant de deux observations originales, de quelques expériences cadavériques et du dépouillement des observations anciennes.

1° *Diagnostic.* — Il est souvent méconnu et a donné lieu à des erreurs demeurées célèbres. La cause paraît en être dans la difficulté que l'on éprouve très souvent, dans cette variété de luxation, à reconnaître, par le palper, la tête humérale dissimulée sous l'acromion.

2° *Complications nerveuses.* — Elles sont caractérisées par des paralysies du nerf circonflexe. Les classiques s'en sont peu occupés; ces paralysies persistantes, mais curables, existaient dans nos deux observations. L'expérimentation nous a permis de voir comment, dans les luxations scapulaires postérieures, le nerf circonflexe s'enroulait autour du col huméral et se trouvait ainsi distendu.

3° *Pathogénie.* — Il est facile de reproduire, sur le cadavre, des luxations de l'épaule en arrière par la

torsion interne de l'humérus combinée à son élévation. Une grande force n'est, le plus souvent, pas nécessaire.

La tête humérale s'échappe-t-elle, en passant, directement en arrière (A. Cooper Farabeuf, etc.), ou descend-elle d'abord dans l'aisselle, pour ensuite remonter en arrière (J.-L. Petit, Bottey)? Ce dernier mécanisme doit s'appliquer, au moins, à certains cas. Ainsi, chez nos deux blessés, la réduction a été précédée d'une transformation de la luxation postérieure en luxation inférieure. N'est-on pas disposé à admettre alors, que la tête a suivi, pour sortir de la cavité glénoïde, un chemin analogue à celui qu'elle a pris pour y rentrer?

PRÉSENTATIONS DIVERSES

Rétrécissements orificiels multiples du cœur.

(*Société des Sciences Médicales*, mars 1897.)

Calculs vésicaux d'oxalate de chaux extraits par la taille hypogastrique.

(*Société des Sciences Médicales*, 5 novembre 1899.)

On pouvait se demander si ces calculs n'avaient pas pour origine première une rétention d'urine survenue, quelques années auparavant, à la suite d'un traumatisme de la colonne vertébrale.

Néoplasme pylorique. — Gastro-entérostomie.

(*Société des Sciences Médicales*, 2 mai 1900.)

Œsophagotomie externe pour dentier implanté dans l'œsophage.

(*Société de Chirurgie de Lyon*, 10 mai 1900.)

Extraction par M. Vallas, 75 jours après l'accident, d'un dentier implanté dans l'œsophage à 22 centimètres

des arcades dentaires et qui paraissait avoir perforé la paroi trachéale. Suites très simples de l'opération.

Pied bot varus équin congénital.

Pièce anatomique recueillie à l'amphithéâtre sur un homme âgé et qui doit être présenté à la Société des Sciences Médicales. La torsion du pied est surtout marquée au niveau de l'articulation de Chopart. La sous-astragalienne est relativement peu affectée. Nous avons mesuré l'angle ouvert en dedans formé par l'axe du corps et du col de l'astragale : il est de 105°, ce qui représente — en nous rapportant aux moyennes établies par M. Kirmisson — une déviation assez considérable.

Il est intéressant de voir combien se sont densifiées les travées osseuses du pied qui soutenaient le poids du corps, alors que le reste du squelette tarsien s'atrophiait partiellement.

Imp. P. LEGENDRE & Cie, 14, rue Bellecordière, Lyon.